串間市医療介護課介護保険係　行　　　FAX：０９８７－７２－０３１０

**串間市介護保険事業所研修会　参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 職　種 | 氏　名 | サービス提供責任者又は管理者の方は「○」を記してください | 参加日時に「〇」をつけてください　※下段は出欠変更時の申込〆切 | | |
| 3/20（水）18：30～ | 4/18（水）18：30～ | ５/16（水）13：30～ |
| 〆切3/13（水） | 〆切4/11（水） | 〆切5/9（水） |
| １ |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |